Parijs 1972

UNIVERSITÉ RENÉ DESCARTES
FACULTÉ DE MÉDECINE COCHIN - PORT-ROYAL

Année 1972 N° 40

THÈSE

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

par

François DAMOIS
Né le 9 Octobre 1943 à MESNIL-ESNARD (76)
Interne des Quinze-Vingts

Présentée et soutenue publiquement le

AVANTAGES DE LA TECHNIQUE DE HARVEY A. LINCOFF COMPARAISONS AVEC UNE MÉTHODE ANTÉRIEURE

Président de Thèse : Monsieur Paul BREGEAT (Professeur)

DACTYLO-SORBONNE
8, rue Casimir Delavigne
PARIS 6e
1972

UNIVERSITÉ RENÉ DESCARTES

FACULTÉ DE MÉDECINE COCHIN - PORT-ROYAL

Année 1972 N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

François DAMOIS

Né le 9 Octobre 1943 à MESNIL-ESNARD (76)

Interne des Quinze-Vingts

Présentée et soutenue publiquement le

AVANTAGES DE LA TECHNIQUE DE HARVEY A. LINCOFF COMPARAISONS AVEC UNE MÉTHODE ANTÉRIEURE

Président de Thèse : Monsieur Paul BREGEAT (Professeur)

DACTYLO-SORBONNE

8, rue Casimir Delavigne

PARIS 6°

1972

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A mon épouse

A mes enfants

Isabelle

Thierry

Frédérique

En témoignage de ma profonde affection

A mon père

A ma mère

A ma famille

A mes amis

Avec mon affection et ma reconnaissance
pour leur soutien

A Monsieur le Docteur M. MASSIN

Qui m'a inspiré ce travail

En témoignage respectueux de sa bienveillance

A Madame le Docteur D. GODDE-JOLLY

Qu'elle trouve ici l'expression de ma respectueuse gratitude pour sa sollicitude

A Monsieur le Professeur A. DUBOIS-POULSEN

En témoignage de mon admiration et en remerciement pour son enseignement

A Monsieur le Docteur L. GUILLAUMAT

Ophtalmologiste des Quinze-Vingts

Aux Assistants et Internes

du Centre National d'Ophtalmologie des Quinze-Vingts

ainsi qu'au personnel para-médical

qu'ils soient remerciés de leur
sollicitude et de leur amitié

AVANTAGES DE LA TECHNIQUE DE HARVEY A. LINCOFF.

COMPARAISONS AVEC UNE METHODE ANTERIEURE

-:-

S O M M A I R E

I . INTRODUCTION

II . RAPPEL HISTORIQUE

III . TECHNIQUES

A - Méthode de résection-implantation

B - Méthode de Harvey A. Lincoff

C - Remarques et comparaisons

IV . REPARTITION DES MALADES

A - Répartition par âge et sexe

B - Répartition selon la réfraction

V . ETUDE DES DECOLLEMENTS

A - Délai de consultation

B - Etendue des décollements

C - Caractères des déchirures

D - Localisation des déchirures

VI . MODALITES PRATIQUES

A - Antécédents

B - Intervention

VII . RESULTATS

A - Anatomiques

B - Fonctionnels

VIII. COMPLICATIONS

IX . RECUL DES OBSERVATIONS

X . CONCLUSIONS

XI . CAS CLINIQUES

XII . RESUME

XIII. BIBLIOGRAPHIE

INTRODUCTION

Depuis 1969, l'évolution des techniques nous a amenés à utiliser une nouvelle méthode dans le traitement des décollements de la rétine, mise au point par H.A. LINCOFF, associant la cryo-coagulation à une indentation obtenue par une pièce de prothèse en silicone élastique.

En 1966, M. MASSIN, A. DUBOIS-POULSEN et J.P. BLANCHARD, avaient publié, au Club Gonin, les résultats de leur expérience d'un traitement du décollement où la diathermie était associée à une indentation réalisée au moyen de la sclère humaine conservée.

Afin de nous rendre compte de la valeur de la technique de LINCOFF, nous avons réuni un nombre voisin de dossiers de malades ainsi opérés et les avons étudiés selon les mêmes critères que ceux de la précédente communication. Ce sont les résultats de cette comparaison que nous présentons, complétés par ceux obtenus par d'autres méthodes dans le même centre hospitalier.

HISTORIQUE

Les premières utilisations du froid sont liées au traitement du décollement de rétine, puisque c'est SCHOELER, de Berlin, qui en 1918 proposa le premier d'utiliser la neige carbonique pour obtenir une adhérence chorio-rétinienne. Après des travaux expérimentaux sur le lapin, couronnés de succès, il écrivit : "par là on atteint la base vers laquelle on a tendu... pour produire par une action extra-oculaire, avec une faible irritation, et sans modification de la transparence des milieux, une inflammation adhésive entre la rétine et la tunique vasculaire". Malheureusement ses tentatives chez l'homme amenèrent des échecs et ces principes furent abandonnés.

Il fallut attendre 1933 pour que BIETTI et DEUTSCHMANN, chacun de leur côté, reprennent ces travaux :

- DEUTSCHMANN, appliquait la neige carbonique sur la choroïde mise à nu et terminait l'intervention par une ponction du liquide sous-rétinien.

- BIETTI rapporte, lors du Congrès International de Madrid, la possibilité de créer une chorio-rétinite adhésive par cryo-applications episclérales à la neige carbonique puis au cryo-cautère de Lortat-Jacob.
  L'année suivante, il insiste, en exposant ses premiers cas cliniques, sur les nombreux avantages de la cryothérapie : simplicité d'application, dosage assez constant, dégats réduits, possibilités de ré-interventions ... avantages qui sont toujours valables.

Ce sont LINCOFF et ses collaborateurs qui relancèrent la méthode en 1964 : leurs expérimentations très poussées, l'instrumentation neuro-chirurgicale, permirent de mieux doser l'action du froid et de définir ses modalités d'application.

En outre, en modifiant la technique du plombage de CUSTODIS, ils préconisèrent l'emploi du silicone élastique.

Cette méthode fut introduite aux QUINZE-VINGTS dans le Service du Docteur GUILLAUMAT, par J.P. ROUCHY, au retour de son voyage d'études aux Etats-Unis et elle est maintenant largement diffusée et utilisée pour traiter la plupart des décollements de rétine.

T E C H N I Q U E S

A - Méthode de RESECTION-IMPLANTATION.

Elle comportait plusieurs temps opératoires :

- 1 - Préparation initiale d'une résection sclérale lamellaire classique : soit parallèle au limbe, soit arciforme, les deux extrémités se rapprochant du limbe ; cette technique encadrait bien la déchirure et produisait une indentation plus importante.

- 2 - Diathermo-coagulation : appliquées doucement, sous le contrôle d'une électrode pyrométrique, dans le fond de la résection sclérale sans dépasser 60 à 70º, et sur la lèvre antérieure de la résection à une température un peu plus poussée ; la lèvre postérieure est respectée pour éviter une nécrose génératrice de nouvelles déchirures.

- 3 - Ponction du décollement : dans le lit de la résection, au couteau ou au galvano-cautère.

- 4 - Mise en place d'une bandelette de sclère humaine conservée dans l'alcool, qu'on a laissé séjourner au moment de l'opération dans du sérum physiologique, pour éliminer cet alcool.

- 5 - Suture des bords de la résection sclérale par des points en U ou séparés.

Dans les cas où le tonus oculaire serait trop bas, on injectait un peu d'air ou d'humeur aqueuse dans le vitré de façon aseptique.

B - Méthode de Harvey A. LINCOFF.

Cette méthode a déjà été décrite abondamment et nous n'insisterons que sur les modalités d'application que nous utilisons : l'intervention a lieu sous anesthésie générale de préférence et avec une asepsie aussi stricte que possible.

- 1 - Cryocoagulations :

- elles sont faites avec l'appareil d'AMOILS qui utilise le gaz carbonique, en contrôlant la température qui atteint - 70º en moyenne, très rapidement et avec dégivrage en quelques secondes.

- La cryode est appliquée directement sur la sclère mise à nu, avec contrôle ophtalmoscopique ; il est en effet indispensable, après avoir soigneusement répéré les lésions responsables, de vérifier à la fois l'emplacement des cryomarques et leur dosage, d'autant plus qu'elles ne sont guère perceptibles après coup.

Certains opérateurs placent toutes leurs coagulations en les contrôlant à l'ophtalmoscope (à image directe ou indirecte). D'autres ayant placé les coagulations des zones déchirées sous contrôle rétinien, placent les marques suivantes en fonction des premières (position et durée) sans repérage ophtalmoscopique concommittant.

- 2 - Mise en place de l'Eponge :

Cette éponge en silicone élastique a été conçue par LINCOFF ; il en existe trois tailles selon le diamètre horizontal : 3 - 5 et 7,5 mm.

Préalablement trempée dans une solution antibiotique, l'éponge est fixée à la sclère par une succession de fils en U ; le matériel utilisé est formé par des fils en Dacron 4-0, avec aiguilles spatulées permettant un long trajet intra-scléral bien contrôlé.

Puis l'éponge est passée sous les fils qui sont serrés de proche en proche, tandis que l'aide étire l'implant pour obtenir l'indentation uniforme voulue, en contrôlant le tonus oculaire.

Finalement, cette prothèse est suturée à la sclère par ses deux extrémités, après avoir été coupée à la longueur désirée.

Selon la position des lésions, on placera l'éponge en position radiaire ou parallèle au limbe, parfois on sera amené à mettre plusieurs implants.

Comme dans la méthode précédente, on peut être amené à injecter de l'humeur aqueuse ou de l'air dans le vitré quand le tonus est faible.

C - Remarques et comparaisons.

Elles naissent immédiatement de la comparaison de ces deux méthodes dont les seuls points communs sont d'obtenir une indentation et une chorio-rétinite cicatricielle.

- 1 - Indentation :

- techniquement l'indentation externe avec une éponge de Lincoff est plus faible à réaliser,

- on ne sera plus gêné par la présence d'un gros vaisseau de l'oeil, voire d'un tendon musculaire sous lequel on glissera plus facilement,

- elle laisse la sclère intacte et dans le cas où la position de l'implant n'est pas correcte, il est très simple de déplacer le fil pour corriger son emplacement,

- elle peut être beaucoup plus étendue qu'une résection avec implantation.

Toutefois le risque de point perforant est ici assez grand.

- 2 - Cryogénie et diathermie :

Dans le tableau suivant, nous avons relevé les réactions enregistrées lors de l'utilisation du froid aux doses usuelles : le sur-dosage des cryocoagulations entraînerait des conséquences fâcheuses que nous décririons ensuite.

	CRYOGENIE	DIATHERMIE
Sclère	Intégrité mais absence de marque	Amincissement, fragilisation, nécrose, Persistance de la marque, nécessité de l'assécher
Muscles	Absence de conséquence durable, possibilité de cryo application transmusculaire	Brûlure = inflammation et rétraction. Impossibilité de coagulation transmusculaire.
Gros vaisseaux	Respectés	Occlusion
Choroïde	Destruction des capillaires Respect des vaisseaux et de la membrane de Brüch	Destruction
Rétine	Destruction de l'épithélium pigmentaire qui est partiellement régénéré Destruction des cônes et bâtonnets et cellules bi-polaires Respect des couches internes et de la limitante interne	Destruction
Vitré	Respecté ainsi que la hyaloïde postérieure	Adhérences rétino-vitréennes par suite des lésions de la limitante interne et de la hyaloïde postérieure.
Tonus	Inchangé ou abaissé	Augmenté
Tissus voisins	Réaction modérée	Réaction interne
Infection	Risque moindre ? (mais discuté)	Risque plus élevé ?
Cicatrice	Chorio-rétinienne : Entre les couches internes de la choroïde et les deux feuillets rétiniens Solidité moindre ?	Totale, faisant participer la sclère, la choroïde, la rétine et même le vitré Solidité accrue ?
Dosage	Contrôle permanent des marques rétiniennes	Impossibilité
Lever	Précoce	Tardif

Ainsi on peut mettre en évidence :

- simplicité des applications,
- respect de l'intégrité sclérale,
- respect partiel de la choroïde,
- respect du vitré, grâce au contrôle thermique et visuel de la coagulation, avec absence d'hémorragies rétiniennes.
- réaction chorio-rétinienne plus sèche avec adhérence plus précoce (dès le 3e jour, solide au 7e jour).

Mais le sur-dosage du froid peut bouleverser ces données, entraînant un oedème ou des hémorragies chorio-rétiniennes intenses gênant l'adhérence, en même temps qu'il va bouleverser toute la chorio-rétine et ainsi le vitré adjacent.

Parfois un oedème tardif va soulever la rétine adjacente à la cicatrice pouvant la déchirer alentour.

Rappelons aussi une des principales difficultés de la technique :

La difficulté de localisation per-opératoire des impacts, puisque l'on doit arrêter la coagulation dès le blanchiment de la rétine ; de plus, le froid provoque un léger ramollissement per-opératoire de la sclère qui peut gêner la mise en place des sutures.

L'intégrité sclérale est le plus grand avantage de cette méthode, puisqu'elle permet de réintervenir sans aucune gêne.

En outre, la possibilité de lever rapidement les opérés facteur primordial chez les sujets âgés ou vasculaires, évitant l'apparition de complications générales, permet une réinsertion sociale plus précoce.

J. HAUT, dans le rapport présenté à la Société Française d'Ophtalmologie (Paris le 4 mai 1971), consacré à la cryo-ophtalmologie, fait une excellente synthèse de ces différences :

"opérer un décollement de rétine avec la diathermie, c'est essayer de limiter les complications liées à cette méthode, ce qui conduit à préférer les techniques de dissection sclérale et à tenter d'épargner les gros vaisseaux de l'oeil ; c'est faire une coagulation à ciel ouvert sur une sclère sèche, puis constater dans un deuxième temps les conséquences de la brûlure sur la rétine : c'est retrouver sans difficultés sur la sclère et la rétine, les zones qui ont déjà été traitées ; c'est redouter la perforation sclérale en cas de réintervention."

"opérer un décollement de rétine par le froid, c'est ne pas craindre des lésions de la sclère ou des gros vaisseaux, ce qui amène à choisir des techniques d'indentation de sclère pleine ; c'est faire une cryo-application sur une sclère humide, sans voir la cryode, mais en contrôlant " de visu" le degré de pénétration du froid, c'est ne pas trouver de trace sclérale ou rétinienne de la gelure : c'est réintervenir sans crainte de pénétrer dans le globe".

REPARTITION DES MALADES

Cette étude porte sur les différents critères d'âge, de sexe et de réfraction caractérisant le lot de patients ; celui-ci est issu des mêmes services que celui de l'enquête de 1966, portant sur la technique de Résection-Implantation, ce qui donne une comparaison d'excellent niveau.

A - Répartition par Age et Sexe.

	1971				1966
	Masculin	Féminin	Total	%	%
A ⩽ 20 ans	6	0	6	4 %	0,8 %
21 ⩽ A ⩽ 30 ans	6	3	9	6 %	2 %
31 ⩽ A ⩽ 40 ans	7	3	10	7 %	9 %
41 ⩽ A ⩽ 50 ans	18	10	28	18 %	10 %
51 ⩽ A ⩽ 60 ans	16	31	47	31 %	23 %
61 ⩽ A ⩽ 70 ans	17	19	36	23 %	29 %
A ⩾ 71 ans	2	15	17	11 %	26 %
	72	81	153		

Dans l'ensemble, il s'agit de deux lots de malades très comparables :

- quant au nombre : 153 cas dans notre étude et 129 dans la précédente

- quant au sexe : 53 % sont de sexe féminin dans les deux groupes.

On retrouve en effet toujours cette légère prédominance féminine sauf dans la première moitié de la vie où la majorité des décollements a lieu chez des hommes.

- par contre, la moyenne d'âge de nos malades est moins élevée : 55 ans au lieu de 65.

B - Répartition selon la Réfraction

			1971			1966
Myopies	Fortes	$\geqslant$ 10 dioptries	23 cas	15 %	48 %	51 %
	Moyennes	de 5 à 10 dioptries	22 cas	14 %		
	Faibles	$\leqslant$ 5 dioptries	29 cas	19 %		
Aphaquies			20 cas	13 %		10 %
Emmétropies et hypermétropies			59 cas	39 %		39 %

Cette répartition est absolument comparable à la précédente : aucune différence significative n'a pu être mise en évidence

E T U D E   D E S   D E C O L L E M E N T S

Afin de déterminer la gravité des décollements de rétine, nous avons repris les mêmes critères qui sont :

- délai séparant les premiers signes fonctionnels observés par le patient et la première consultation
- étendue du décollement
- étude des déchirures.

A - Délai de consultation

	1971		1966
1 à 8 jours	68 cas	45 %	45 %
9 à 15 jours	22 cas	14 %	16 %
16 jours à 1 mois	23 cas	15 %	16 %
au-delà de 1 mois	27 cas	18 %	23 %
non précisable ou découverte d'examen systématique	13 cas	8 %	

L'examen de ce tableau montre des délais pratiquement identiques dans les deux groupes étudiés.

B - Etendue des décollements

Celle-ci est mesurée en fonction du nombre de quadrants décollés lors de cette première consultation.

		1971	1966
un quadrant	22 cas	14 %	41 %
deux quadrants	70 cas	45 %	42 %
trois quadrants	43 cas	28 %	6 %
quatre quadrants	20 cas	13 %	11 %
	155 cas		

Ce tableau met en évidence d'importantes différences :

- tout d'abord, signalons que deux des malades examinés présentaient un décollement de rétine bitaléral, ce qui porte le total à 155 décollements pour 153 patients,

- surtout, l'étendue des décollements que nous avons traités selon la méthode de LINCOFF est bien plus grande que lors de l'étude de 1966, vraisemblablement parce que cette méthode peut être étendue à une plus grande surface sclérale avec beaucoup moins de difficultés.

C - Caractères des déchirures.

		1971		1966
Nombre	unique	81	52,5 %	57 %
	multiples	66	42,5 %	39 %
	non retrouvées	8	5 %	4 %

Forme	en fer à cheval	168	55 %	70 %
	trou	127	42 %	28 %
	désinsertion à l'ora serata	10	3 %	2 %

Taille	grande	71	23 %	33 %
	moyenne	127	42 %	39 %
	petite	107	35 %	28 %

D - Localisation des déchirures.

Temporale supérieure	64	41 %	58,3 %
temporale inférieure	19	12 %	12 %
nasale supérieure	31	20 %	13 %
nasale inférieure	8	5 %	0,7 %
déchirures multiples éloignées	25	16 %	12 %
déchirures non retrouvées	8	5 %	4 %

Cette étude des déchirures appelle quelques remarques :

- le nombre total des déchirures est plus élevé :
  - 305 déchirures pour 155 décollements (soit 1,96 par décollement) au lieu de
  - 242 déchirures pour 129 décollements (soit 1,87 en moyenne).

- la découverte de plusieurs lésions dans un globe oculaire dont la rétine est décollée est ainsi proportionnellement plus importante.

- ceci semble lié à l'amélioration des conditions d'examen qui permet de déceler des lésions plus petites, souvent sous la forme de trous situés dans d'autres secteurs que celui de la plus grosse déchirure, de sorte que :
  - les trous représentent 42 % des déchirures au lieu de 28 %
  - Les lésions de petite taille : 35 % au lieu de 28 %
  - aussi la répartition de la localisation tend à se modifier, tout en respectant les notions classiques : localisation plutôt supérieure, qu'inférieure, temporale que nasale ; proportionnellement, la situation des déchirures dans les quadrants nasaux atteint 25 % au lieu de 13,7 %.

M O D A L I T E S   P R A T I Q U E S

Nous avons décrit les modalités d'application des techniques de Résection-Implantation et de H.A. LINCOFF au début de ce travail, et nous n'y reviendrons pas.

A - Antécédents.

Toutefois, parmi les décollements étudiés, un certain nombre avait préalablement été opéré selon d'autres méthodes :

En 1966, 16 malades avaient subi :

- des coagulations (diathermie ou cautère) 13
- des cerclages 2
- des photocoagulations 1

C'est-à-dire au total : 12,5 %

Dans notre Enquête, 23 malades (15 %) avaient déjà été opérés :

- résection sclérale lamellaire 12
- photocoagulations 4
- cerclages 4
- poche sclérale 2
- diathermie simple 1

La réintervention a souvent été gênée par les altérations sclérales dues à la première opération, ce qui n'est pas le cas lorsque la méthode de LINCOFF est utilisée en première intention.

B - Intervention.

Les deux paramètres que nous avons relevés sont l'étendue traitée et la direction de l'éponge utilisée :

- 1 - Position

- éponge parallèle au limbe	132 cas	85 %
- éponge radiaire	19 cas	12 %
- éponges multiples	4 cas	3 %

Rappelons que la méthode précédente comportait :

- des Résections-Implantations parallèles	92 %
- des Résections-Implantations radiaires	3 %
- des Résections-Implantations arciformes	5 %

(la direction radiaire avait été abandonnée car les résultats étaient constamment mauvais)

- 2 - Longueur

- un quadrant	67 cas	43 %
- deux quadrants	69 cas	44,5 %
- trois quadrants	9 cas	6 %
- quatre quadrants	10 cas	6,5 %

La résection-Implantation ne pouvait que difficilement dépasser deux quadrants, alors que cette nouvelle technique permet une étendue opératoire nettement plus vaste, sans pour autant augmenter les durées d'intervention et les efforts des opérateurs.

RESULTATS

Nous exposerons préalablement les résultats bruts en chiffres et pourcentages, nous réservant les commentaires d'ensemble ensuite.

A - Résultats anatomiques.

	1971		1966
Réapplication anatomique	119 cas	77 %	85 %
Décollement résiduel ±	36 cas	23 %	15 %

B - Résultats fonctionnels

<table>
<tr><th colspan="2"></th><th colspan="2">1971</th><th>1966</th></tr>
<tr><td colspan="2">Acuité visuelle ⩾ 0,5</td><td>29 cas</td><td>19 %</td><td>8 %</td></tr>
<tr><td colspan="2">0,2 ≤ AV < 0,5</td><td>51 cas</td><td>33 %</td><td>27 %</td></tr>
<tr><td colspan="2">Acuité visuelle égale à 0,1</td><td>22 cas</td><td>14 %</td><td>12 %</td></tr>
<tr><td rowspan="2">AV < 0,1</td><td>Perception lumineuse + champ visuel</td><td>17 cas</td><td>11 %</td><td>38 %</td></tr>
<tr><td>non réappliqué</td><td>36 cas</td><td>23 %</td><td>15 %</td></tr>
</table>

La première observation est une diminution significative du nombre des guérisons anatomiques (77 % au lieu de 85 %). Cela s'explique par le fait que nous avons traité des décollements plus étendus avec un plus grand nombre de déchirures multiples, donc plus graves.

Par contre, on relève une très nette amélioration de la récupération visuelle, puisque :

- 66 % des patients ont une acuité visuelle égale ou supérieure à 1/10 au lieu de 47 %

- de plus, 19 % ont une acuité visuelle de plus de 5/10, au lieu de 8 %

- en outre, 41 % des malades opérés ont retrouvé une vision rapprochée utile, lisant les numéros 2 ou 3 de l'échelle de Parinaud ; or nombreux sont les malades myopes (48 % des cas) dont beaucoup n'avaient jamais eu une bonne acuité en vision éloignée, mais ils retrouvent dans les issues favorables une bonne vision de près.

Nous regrettons que cette mesure de la vision rapprochée ne figure pas habituellement dans les enquêtes, car c'est la seule qui possède une grande valeurdans cette pathologie.

Parmi les 119 décollements guéris, la plupart l'ont été dès la première intervention :

une intervention	102	66 %
deux interventions	13	8 %
trois interventions	1	0,6 %
une méthode de LINCOFF + une autre méthode	3	2 %

Ainsi 102 décollements ont été guéris dès la première intervention, ce qui représente 85 % des réussites (en 1966, 77 % des guérisons avaient été obtenues par une seule intervention).

Dans 3 cas, on dut compléter l'intervention type LINCOFF par :

- une photocoagulation dans 1 cas
- une résection sclérale lamellaire dans 2 cas

COMPLICATIONS

Toute méthode chirurgicale comporte des risques et expose à des complications : la technique de LINCOFF n'y échappe pas et, sans vouloir développer ce chapitre de façon trop importante, nous passerons en revue celles que nous avons relevées :

- 1 - Réaction oedémateuse orbitaire : 26 cas

Elle est pratiquement constante, proportionnelle à l'importance du matériel mis en place et inversement au soin apporté à la dissection. En outre, elle dépend en partie de la durée d'intervension et de la section ou du respect des muscles oculo-moteurs.

Aussi son intensité est très variable, allant du simple chémosis jusqu'à la tension apparente de tout le contenu orbitaire.

- 2 - Réaction uvéale : 13 cas

Avec trouble non hémorragique du vitré ; elle est rare et toujours modérée.

-3- Hémorragies rétino-vitréennes, localisées et passagères : 36 cas.

Elles sont fonction de l'intensité des coagulations : de moins en moins fréquentes grâce au meilleur contrôle de la méthode, elles sont bénignes, pouvant se produire rapidement après l'intervention ou après un temps de latence pouvant atteindre 10 à 15 jours.

- 4 - Opacités définitives du vitré : 2 cas

Elles sont beaucoup plus rares que dans la précédente étude où l'on rapportait 12 cas (soit 1,3 % au lieu de 9,2 %)

- 5 - Rétraction massive du vitré : 2 cas

Exceptionnelle heureusement, elle interdit tout espoir de guérison.

- 6 - Hypertonie oculaire : 2 cas

Il s'agit là de la décompensation ou de la révélation d'un glaucome latent comme l'ont prouvé les différentes épreuves, et non d'une complication vraie.

- 7 - Diplopie : 4 cas

Dans 2 cas, il fut nécessaire d'employer la rééducation orthoptique (une fois, c'était une malade neurotonique, qui avait eu un accident de circulation et sa diplopie n'était apparue qu'à ce stade).

Dans un autre cas, l'ablation de l'éponge au 5e mois la fit disparaitre, car celle-ci était entourée d'un tissu cicatriciel bloquant le muscle droit interne.

- 8 - Décollements choroïdiens : 8 cas

Ils sont fréquents et nous ne rapportons que le cas des décollements manifestes, car nous pensons qu'une recherche systématique aurait dû en déceler davantage.

- 9 - Névralgies sus-orbitaires

Leur grande fréquence est liée à la présence de l'éponge et à l'indentation, elles sont proportionnelles à l'importance du matériel inclus et régressent spontanément en quelques jours ou semaines.

- 10 - Dégénérescences maculaires : 7 cas

Elle se produit quelle que soit la direction de l'éponge et est en fait plutôt la conséquence de l'ancienneté du décollement et de l'atteinte ou non de la macula.

- 11 - Déchirure rétinienne

Nous avons observé, sans pouvoir évaluer exactement sa fréquence (5 cas certains), la formation d'une déchirure rétinienne en regard d'une des extrêmités de l'indentation, au niveau de la suture à la sclère de l'extrêmité de l'éponge. Ceci la distingue des récidives par déchirure passée inaperçue ou formée à distance.

Ces déchirures se produisent tardivement (de 10 à 30 jours après l'intervention).

- 12 - Elimination : 6 cas

A des intervalles de temps divers (2 à 8 mois), on dut enlever l'éponge. Dans un cas, une nécrose sclérale a été constatée sous l'éponge, interdisant toute possibilité de réintervention ; on a incriminé la présence d'un agent infectieux sans pouvoir en faire la preuve.

RECUL DE NOS OBSERVATIONS

Nous utilisons cette technique depuis l'été 1969 et nous bénéficions pour :

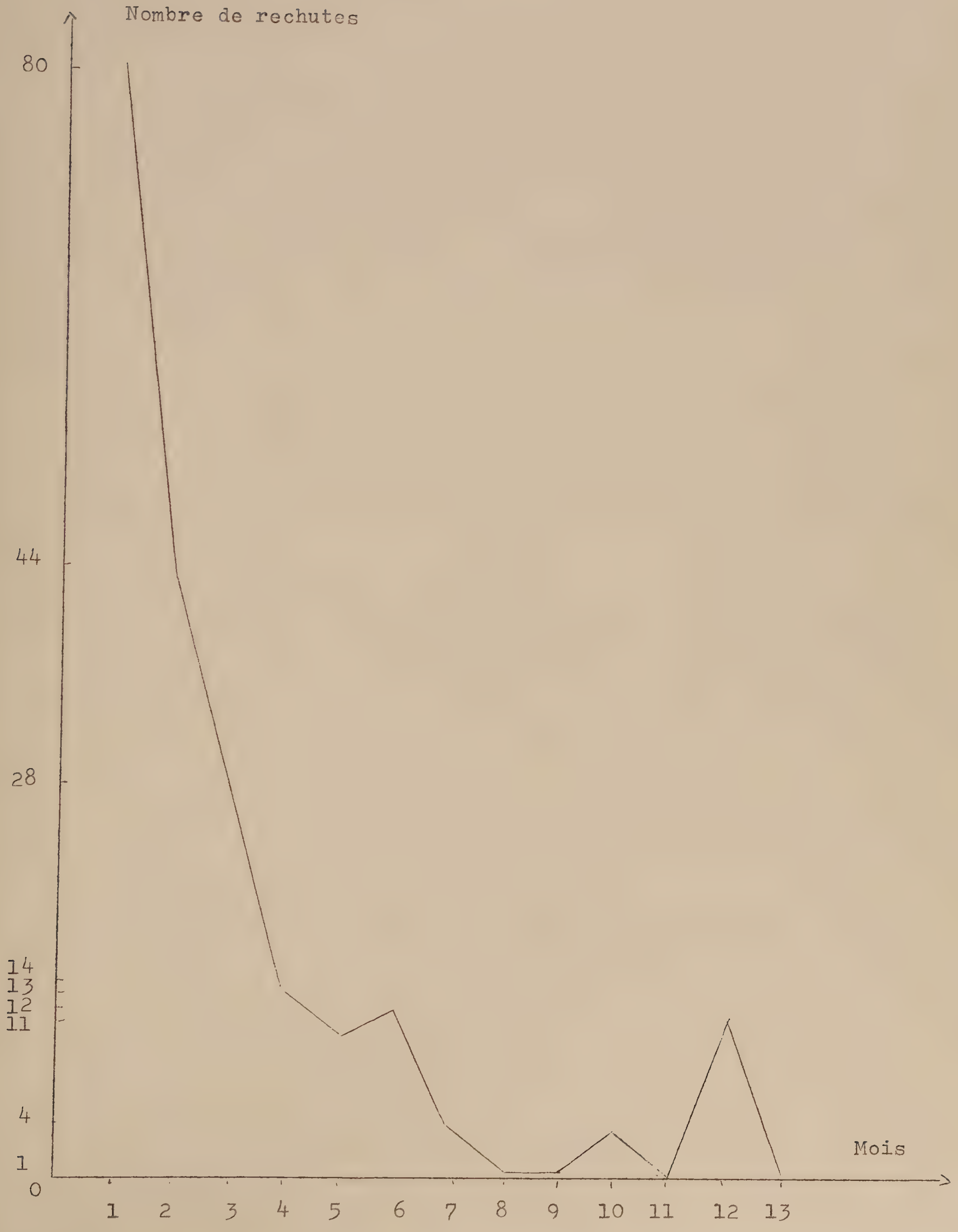
- 39 cas, d'un recul supérieur à 1 an (25,5 %)
- 67 cas, d'un recul de 6 mois à 1 an (44 %)
- 47 cas, d'un recul de 3 à 6 mois (30,5 %)

Sans avoir les délais d'observation de l'enquête de 1966 sur l'utilisation de la sclère conservée où le recul était alors de 6 mois à 4 ans, nous estimons que nos délais sont valables, car, et c'est un fait essentiel, la quasi-totalité des rechutes s'observe dans les trois premiers mois, quelle que soit la méthode employée.

Ainsi, BRUNELLE, dans une enquête effectuée également aux Quinze-Vingts, dans le Service du Docteur GUILLAUMAT, a confirmé, sur 1088 opérés selon des techniques variées, entre 1957 et 1967, que la majorité des rechutes se produisait dans les premiers mois.

(N.B. ayant repris les dossiers de nos 155 décollements récemment, je n'ai retrouvé que 2 rechutes depuis l'arrêt de l'étude).

D'ailleurs, l'étude de 1966 confirme ce fait puisque 90 % des rechutes eurent lieu dans le trimestre qui suivit l'intervention.



(J. Cl. BRUNELLE - 1970)

A d'autres points de vue, il nous parait intéressant de comparer ici l'enquête de BRUNELLE à nos résultats, d'autant plus que peu de statistiques de cette valeur et de cette ampleur ont été élaborées. Son but était de présenter les résultats obtenus alors que diverses techniques avaient été utilisées : indentation ou non, inclusion ou non de matériel de plusieurs types, coagulations diverses.

L'ensemble des malades opérés avait une réapplication anatomique de 69,4 % après 2 mois (77 % dans notre enquête)

- 51,6 % avec une vision supérieure ou égale à 1/10
- 17,8 % avec un bon champ visuel et une perception lumineuse.

L'évolution de ces malades, dont la rétine était réappliquée, après une surveillance de plus de 3 ans, objective seulement 3,1 % de récidives ou rechutes, alors que la valeur fonctionnelle des autres restait pratiquement stable.

Les critères utilisés furent :

- bons résultats : acuité visuelle supérieure ou égale à 0,4 avec P2 ou P3
- médiocres : $0,1 \leq AV < 0,4$
- mauvais : acuité visuelle inférieure à 0;1
- nuls : sans valeur fonctionnelle.

Tableau comparatif

	bons	médiocres	mauvais	nuls
Photocoagulations	61	18,4	10,3	10,3
Diathermocoagulations	40,6	26,1	11,9	21,4
Résection sclérale lamellaire ou plissement	26,8	31,3	15,1	26,8
Indentation (poche sclérale, implant de silicone intra-scléral)	27,8	27,4	24	20,8
Indentation maintenue tube de Schepens, Buckling, poche sanglée)	23,8	11,9	35,2	29,1
Cerclages	9,5	20,3	20,3	49,9
Plusieurs opérations	18,9	10,3	23,6	47,2
Plusieurs opérations et photocoagulations	41,7	15,4	16	26,9
Résection-Implantation	47		38	15
Harvey LINCOFF	66		11	23

Sans avoir des critères identiques permettant d'établir une comparaison formelle, rappelons que 41 % de nos patients avaient une acuité de près égale à Parinaud nos 2 et 3, ce qui les classerait dans la catégorie des bons résultats, ce pourcentage n'étant obtenu par aucune autre technique (nous mettons évidemment à part les coagulations simples dont les indications sont totalement différentes).

CONCLUSIONS

Ce dernier tableau confirme pleinement la valeur des résultats obtenus par la méthode de Harvey A. LINCOFF, en ce qui concerne la fonction visuelle des yeux opérés.

D'ailleurs des statistiques portant sur des décollements opérés uniquement par cette méthode, donnent des résultats encore plus encourageants (80,6 % par Ph. CHATELLIER, Service du Professeur DUBOIS-POULSEN).

La plus grande facilité de réalisation, l'altération moindre de la sclère par la cryothérapie, les possibilités de traiter des zones très étendues et de réintervenir à n'importe quel moment, sans gêne et sur des tissus non altérés, lui confèrent des avantages supplémentaires.

L'ensemble des possibilités techniques, des résultats fonctionnels et des comparaisons établies, est en faveur de la méthode préconisée par H.A. LINCOFF dans le traitement des décollements de la rétine.

Vu :

Le Président :

Signé : P. BREGEAT

Vu :

Le Doyen :

Signé : F. DELBARRE

Vu et Permis d'Imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris :

Signé : R. MALLET

CAS CLINIQUES

Nous ne rapporterons pas les cas de nos 153 malades, ce qui serait fastidieux, mais nous avons choisi d'exposer :

- d'une part les mauvais résultats : 32 cas
- d'autre part quelques résultats favorables qui peuvent avoir un intérêt particulier (antécédents, ou techniques, etc...)

Observation nº 1

Mme M... 60 ans.

Décollement de rétine de l'oeil gauche en 1967

- résection sclérale lamellaire
- le résultat en est bon jusqu'en 1969, mais le décollement se reproduit par la même déchirure
- éponge + cryopexie.

Excellent résultat avec :

- VOG : 5/10 et Parinaud n° 2.

Observation nº 2

M. J...

Décollement total de l'oeil droit succédant à une contusion avec hémorragie intra-oculaire

- résection sclérale lamellaire

Le décollement persiste dans le secteur nasal inférieur

- éponge + cryocoagulations.

Bon résultat anatomique et :

- VOD : 3/10 et Parinaud nº 3.

Observation nº 3

Mme R... 45 ans.

Antécédent de cataracte congénitale opérée, lui laissant une vision de 5/10 et Parinaud nº 3.

Décollement de l'oeil droit

- éponge + cryocoagulations

Bon résultat avec :

- VOD : 0,3 et P5.

Observation nº 4

Mme A... 66 ans.

Myopie forte unilatérale avec ambryopie profonde

Décollement de rétine de cet oeil

-éponge parallèle + cryocoagulations

Résultat excellent mais il reste l'amblyopie

Ce cas ne ressort pas dans les statistiques, le résultat fonctionnel étant "nul" d'emblée).

Observation nº 5.

Mme K... 35 ans.

Décollement de rétine de l'oeil gauche qui est déhà pathologique :

amblyopie

strabisme

keratoplastie

glaucome

- éponge + cryocoagulations : excellent résultat anatomique mais résultat fonctionnel à la mesure de l'état antérieur (même remarque que dans le cas précédent).

Observation nº 6

M. J... 25 ans

Décollement de rétine de l'oeil droit un mois après une contusion avec hémorragie intra-oculaire, avec désinsertion à l'ora de VI h à IX h.

- éponge parallèle + cryocoagulations : excellent résultat malgré le trouble hématique du vitré et le remaniement du pôle postérieur lors de la contusion
- VOD : 0,1.

Observation nº 7

Mme F... 47 ans.

Décollement de rétine de l'oeil gauche par déchirures multiples

- éponge parallèle sur 3 quadrants,
bien avec VOG : 10/10

4e mois : nouvelle déchirure à une des extrémités de l'éponge :
- éponge radiaire à ce niveau
bien et VOG : 10/10

7e mois : élimination de l'éponge = ablation
maintenant le résultat reste excellent.

Sur le plan anatomique : rétine à plat
Sur le plan fonctionnel : 10/10 et P2

Avec un recul de 15 mois après la 1ère intervention, 12 mois après la seconde et 10 mois après l'ablation de l'éponge (sans conséquence).

Observation nº 8

Mme M... 60 ans.

Bon résultat après intervention type LINCOFF mais mauvaise acuité visuelle en raison d'un faux trou maculaire qui existait au départ.

Observation nº 9.

M. D.I... 14 ans.

Décollement de rétine de l'oeil gauche datant de plusieurs mois (antécédents de contusions multiples), par désinsertion à l'ora, temporale inférieure.

- éponge parallèle + cryocoagulations

bon résultat

Mais rechute au 7e mois : après avoir conduit un tracteur agricole, formation d'une nouvelle déchirure à la limite de la précédente éponge.

- ablation de celle-ci et mise en place d'une nouvelle éponge parallèle plus large

bon résultat compte tenu d'un faux trou maculaire noté au début

- VOG : 0,2 et P6.

Observation nº 10.

M. R... 64 ans

Antécédents :

- OD : décollement de rétine en 1960
  hypertension oculaire en 1967 : énucléation
- OG : cataracte
  myopie forte (-17)

Baisse brutale d'acuité = échographie = décollement de rétine total

- 1) extraction in toto de la cataracte sans complications
- 2) rétine : déchirures multiples équatoriales
- Eponge parallèle + cryocoagulations

Bon résultat anatomique, durant depuis plus de 1 an mais acuité faible et proportionnelle à la choroïdose myopique.

Observation nº 11

M. R... 70 ans

- Antécédents : intervention combinée en janvier 1968
- Décollement de rétine par multiples petits trous en juillet 1969.

- Eponge parallèle + cryocoagulations.

Bon résultat anatomique mais mauvais résultat fonctionnel en raison des antécédents de dégénérescence maculaire et d'atrophie optique glaucomateuse.

Observation nº 12

M. F... 69 ans

- Aphaquie avec phénomène de Seidel = recouvrement
- 1 an plus tard : décollement de rétine oeil droit par plusieurs petites lésions inférieures

- Eponge parallèle + cryocoagulations : décollement résiduel.
- Cerclage à l'éponge : bon résultat.

Observation nº 13.

Mme M... 60 ans.

- Décollement de rétine temporal inférieur par déchirure unique :
- Eponge radiaire + cryocoagulations = bon résultat rétinien, mais complications :
  . Accentuation de la cataracte nucléaire (bilatérale)
  . hypertonie aiguë au 4e mois : intervention.

Finalement le résultat se maintient :

- sur le plan anatomique rétinien
- sur le plan fonctionnel après l'hypertonie : 2/10 et P8
- et le tonus reste équilibré.

Observation nº 14

M. R... 10 ans

- Décollement de rétine inférieur dont la date de début n'est pas précisable.

- Eponge + cryocoagulations.

Bon résultat compte tenu de la dégénérescence maculaire due à la durée du décollement de la macula : 1/10 et P8.

Observation nº 15

Mme A... 50 ans

- Décollement de rétine de l'oeil gauche datant de 3 semaines par déchirure en fer à cheval sur X h

- Eponge radiaire + cryocoagulations : bon résultat avec 4/10 et P2.

Mais au 5e mois : désinsertion à l'ora de IV h à VIII h - nouvelle éponge, parallèle cette fois, et cryocoagulations : donnant un bon résultat anatomique mais l'acuité a baissé : 1/10 et P5.

Observation 16

M. D... 45 ans

- Décollement chez un myope fort (acuité antérieure 1/10)
- Eponge + cryocoagulations : bon résultat avec 1/10 et P8

Observation nº 17

Mme H... 37 ans

- Antécédents :
décollement de rétine OD post-traumatique en 1959
décollement de rétine OG : 2 interventions sans succès

- Décollement de l'oeil droit avec rétraction et brides vitréennes :
  . 2 interventions de type LINCOFF apportent la guérison anatomique avec VOD : 1/20

Observation nº 18

M. R... 6 ans

- Décollement de rétine de l'oeil droit limité chez un enfant très myope (- 25)

- Eponge parallèle + cryocoagulations : bon résultat VOD : 1/20 (=VOG).

Observation nº 19

M. C... 61 ans

- Décollement de l'oeil droit datant de 2 mois, avec hémorragie du vitré chez un myope fort porteur d'une cataracte
  . extraction de la cataracte
  . éponge : cerclage en 2 temps (inférieur puis supérieur)

- Bon résultat, se maintenant depuis 1 ans avec : VOD : 1/10 et P10.

Si nous avons exposé ces quelques cas cliniques guéris au moins sur le plan anatomique, c'est pour montrer que la statistique ne fait pas ressortir :

- les antécédents (autres décollements de rétine, hémorragie, contusions ...)

- les myopies, qui guérissent mais avec des acuités que l'on ne devrait presque noter qu'en vision rapprochée.

Ainsi certains sujets, bien que récupérant de 50 à 100 % de leur fonction visuelle antérieure, se trouvent classés dans les résultats (fonctionnels) médiocres ou mauvais.

Les deux observations (20 et 21) sont intéressantes par la présence de lésions importantes bilatérales et l'inégalité du résultat.

Observation nº 20.

Mme L... 53 ans.

Oeil droit :

- décollement datant de 2 mois, avec aspect de rétinoschisis sans déchirure visible.

- Cerclage à l'éponge + cryocoagulations : échec, perception des formes avec rétine décollée.

Oeil gauche :

- rétinoschisis temporal inférieur

- cryocoagulations simples : excellent résultat avec 10/10 et P2.

Observation nº 21

Mme L... 58 ans

Décollement de rétine bilatéral post-aphaquie récent (moins de 6 mois)

Oeil droit :

- décollement de rétine inférieur avec lésions petites

et multiples :

. éponge radiaire + cryocoagulations étendues aux zones dégénératives : bien 5/10

Rechute au 2e mois, par la même déchirure et une nouvelle sur XII h.

. éponge parallèle inférieure et éponge supérieure à XII h + cryocoagulations : au total, après une intense réaction oedémateuse, il persiste un petit décollement inférieur et l'acuité (1/50 et P10) est abaissée par un faux trou maculaire.

Oeil gauche :

- décollement de rétine temporal inférieur par trou isolé : éponge radiaire + cryocoagulations : bon résultat et VOG 5/10 et P2.

Les 30 observations suivantes vont rapporter nos échecs afin de juger des causes responsables et d'en dégager l'essentiel.

Observation nº 22

M. S... 20 ans.

Antécédents : explosion de mine le 29.XI.1968 : plaie oculaire bilatérale et lésions générales diverses.

Oeil droit :

- éviscéré pour atrophie le 6.IX.69.

Oeil gauche :

- plaie avec perte de vitré et hémorragie intra-oculaire intense

- cataracte opérée en janvier 1969

- décollement de rétine inférieur constaté le 4.IX.69 : à la suite d'une obscurcissement : résection sclérale lamellaire inférieure.

Aux Quinze-Vingts le 9.XII.69 :

- Oeil gauche :
- taie cornéenne
- aniridie
- aphakie avec membranule
- corps étranger intra-oculaire
- vitré plus ou moins organisé
- décollement de rétine quasi total :

Eponge supérieure + cryocoagulations : échec
Décollement de rétine quasi total confirmé par l'échographie, 1 mois après.
2e mois = amélioration subjective mais décollement résiduel, perçoit les formes

Ce malade alla ensuite à Boston : ablation du corps étranger mais formation d'une dystrophie de cornée et fond d'oeil non analysable.

Observation nº 23

Mme B... 65 ans

Décollement de rétine de l'oeil droit datant de plus d'un mois, avec déchirures multiples :

- Eponge parallèle + cryocoagulations

Bon résultat avec VOD : 4/10 et P5
mais rechute par les mêmes déchirures :

Résection sclérale lamellaire sans succès :
décollement de rétine total.

Observation nº 24

Mme A... 48 ans

Antécédents : énucléation de l'oeil gauche en 1966 à cause d'un décollement total et de phénomènes douloureux.

1969 : décollement de l'oeil droit avec plus de 10 déchirures disséminées

- Cerclage à l'éponge + cryocoagulations : récidive au 3e mois.

- Nouvelle éponge supérieure et tresse : échec : décollement subtotal, perception lumineuse, douleurs.

Observation nº 25

Mme G... 49 ans

Antécédents : taie de cornée + pannus+ subluxation postérieure du cristallin.

Décollement de rétine total avec grosse déchirure supérieure :

- Résection sclérale lamellaire : échec

- Cerclage à l'éponge : échec

Observation nº 26

Mme D... 46 ans

Décollement de rétine de l'oeil gauche chez une myope forte :

- déchirure supérieure sans décollement, photocoagulée en août 1969.

- nouvelles photocoagulations un mois plus tard car la base de la déchirure était mal limitée,

- après une absence de 2 mois, la malade revient consulter : on constate un décollement :

Eponge parallèle + cryocoagulations : échec :
- rétraction massive du vitré
- décollement de rétine subtotal
- mauvaise projection lumineuse
- électrorétinogramme pratiquement éteint.

Observation nº 27

M. J... 69 ans

Décollement de rétine post-akphaquie :

- éponge parallèle + cryocoagulations

bon résultat immédiat : 3/10 et P2 faible

Rechute 1 mois plus tard par la même déchirure insuffisamment coagulée

- éponge radiaire :

gros chémosis immédiat

trouble du vitré intense, perception lumineuse,

malade non revenue.

Observation nº 28

M. P... 40 ans

Décollement de l'oeil gauche chez un myope (-5), présentant des phosphènes depuis 1 mois

Déchirures multiples et éloignées :
- 2 éponges parallèles : nasale supérieure et temporale inférieure

- reprise de l'éponge inférieure car l'une des déchirures se trouvait sur le bord postérieur de l'indentation.

Echec : rétraction massive du vitré avec trou maculaire : abstention

(un an après il persiste un décollement résiduel inférieur limité, la périphérie rétinienne étant appliquée, et l'acuité visuelle à 1/10 faible).

Observation nº 29

M. G... 45 ans

Décollement de rétine post-traumatique en novembre 1969 (plaie en 1965, contusion en octobre 1969)

- cerclage par une tresse : décollement de rétine résiduel

- 15e jour : éponge parallèle temporale
bon résultat : 4/10 et P2

Mais récidive un mois après : décollement total avec agrandissement de la désinsertion qui atteint la moitié de la périphérie rétinienne.

- sanglage du globe : échec, décollement de rétine total

Observation nº 30

M. L... 25 ans

Décollement post-traumatique en 1959 après contusion par flèche.

1961 :
- résection sclérale lamellaire + diathermie : échec
décollement de rétine inférieur résiduel)

1970 : Quinze-Vingts
- pas de déchirure visible mais traction vitréenne intense :
-éponge parallèle inférieure + cryocoagulations,
Echec : rétraction vitréenne

Observation nº 31

M. S... 32 ans.

Décollement de l'oeil droit, inférieur, sans déchirure visible.

- Cerclage par une tresse : échec
- éponge inférieure parallèle : échec :
  . gros décollement inférieur
  . hémorragie dans le vitré
  . hypotonie
  . mauvaise projection lumineuse

Observation nº 32

M. G... 63 ans.

Décollement de rétine de l'oeil droit ayant déjà subi une résection sclérale lamellaire

- éponge parallèle : même résultat, décollement de rétine résiduel.

Observation nº 33

Mme C... 50 ans

Décollement de l'oeil gauche avec deux déchirures supérieures :

- éponge parallèle + cryocoagulations :
bien, avec VOG : 8/10 et P2

Mais au 2e mois : nouvelle déchirure inférieure et réaction du vitré

- nouvelle éponge parallèle : insuccès, vague projection lumineuse.

Observation nº 34

Mme L... 65 ans

Antécédents :

- décollement en 1966 de l'oeil gauche
  en 1968 de l'oeil droit

- récidive en 1968 : décollement bilatéral chez cette grande myope.

Oeil droit :

-marsupialisation puis reprise diathermique sans succès : décollement de rétine organisé laissant une vague projection lumineuse

Oeil gauche :

- cerclage par une tresse : échec
- 6e mois cataracte puis marsupialisation
- 10e mois : décollement de rétine total avec organisation du vitré et une déchirure nasale ;

- éponge parallèle et cryocoagulations : sans succès, projection lumineuse.

Observation nº 35

M. F... 57 ans

Décollement temporal supérieur récent chez un myope avec trois déchirures temporales supérieures.
Aucune réapplication au repos.

- éponge parallèle + cryocoagulations :
bien, avec VOD : 5/10 et P2
Mais rechute au 2e mois par les mêmes déchirures et une autre nasale supérieure

- nouvelle éponge :
  . hémorragies rétiniennes
  . décollement de rétine résiduel inférieur, avec rétine appliquée sur l'indentation évoluant vers le décollement total.

Observation nº 36,

Mme Q... 21 ans.

Décollement post-traumatique (corps étranger intraoculaire le 14.IX.69 : plomb de chasse avec hémorragie du vitré, sans déchirure visible).

- 5.XII.69 : éponge, mise en place au niveau de la porte d'entrée : échec.

- janvier 1970 : cerclage à la tresse, sans succès : décollement de rétine subtotal, vague projection lumineuse.

Observation nº 37

Mme L... 41 ans.

Antécédents :
- cataracte congénitale de l'oeil droit
- VOD : 1/10
- oeil gauche normal

Décollement de rétine de l'oeil droit avec une grosse déchirure nasale supérieure.

- éponge parallèle + cryocoagulations : décollement de rétine résiduel.

- reprise au 20e jour avec mise en place d'une éponge plus postérieure : échec.

Observation N° 38

M. R... 64 ans

Antécédents :

- aphaque oeil droit
- glaucome aigu
- décollement de rétine de l'oeil droit inférieur :

- éponge parallèle + cryocoagulations et à distance photocoagulation d'une déchirure placée diamétralement opposée et non soulevée : petit décollement résiduel

- 1 mois après : hypertonie aiguë regressant sous l'effet du traitement médical mais cela entraîne une récidive du décollement.

- nouvelle intervention : on remet une autre éponge plus postérieure

- malheureusement celle-ci est aussitôt suivie de crises subaiguës d'hypertonie amenant le malade à subir une cyclodiathermie qui tout en normalisant le tonus condamne la rétine qui se décolle à nouveau.

Observation nº 39

Mme G... 73 ans

Décollement de rétine supérieur avec nombreuses déchirures et atteinte maculaire.

- éponge parallèle et cryocoagulations.

La malade quitte l'hôpital avec une réapplication de la rétine et une acuité visuelle de 1/10 et P8 ; malgré une légère phakosclérose et un vitré un peu hématique.

Malheureusement au 1er mois : le décollement se reproduit en arrière de l'indentation, on décide de s'abstenir à cause de l'âge et du mauvais état général de la patiente.

Observation nº 40.

Mme M... 72 ans.

Décollement de rétine post-aphaquie chez une grande myope sans déchirure visible.

- cerclage à l'éponge et cryocoagulations : hémorragie totale du vitré qui ne se résorbe pas, laissant une mauvaise projection lumineuse.

Observation nº 41.

Mme L... 78 ans.

Décollement de l'oeil gauche avec une grosse déchirure et une rétine équatoriale très fragile.

- éponge radiaire + cryocoagulations
- nouvelle éponge : décollement résiduel s'aggravant peu à peu.
- sanglage du globe : décollement résiduel dans un quadrant avec VOG : compte les doigts à 0,50 m.

Observation nº 42.

Mr. L ... 42 ans.

Plaie perforante le 25.8.69.

Quinze-Vingts le 2.X.69 : aniridie
aphaquie
perte de vitré
décollement de rétine total
avec désinsertion inférieure.

- éponge parallèle et cryocoagulations : échec, aucune modification.
- 3e mois : élimination de l'éponge, que l'on enlève.

Le malade garde un oeil calme et une "perception lumineuse".

Observation n° 43

Mr V... 35 ans

Décollement de rétine chez un myope (-20) présentant une énorme déchirure quadrantale avec début d'inversion rétinienne.

- éponge parallèle et cryocoagulations : échec, hémorragie totale du vitré.

Observation n° 44

Mr R... 41 ans

Antécédents :

- hypertonie oculaire et cataracte nucléaire unilatérale gauche probablement post-inflammatoire. Décollement de rétine inférieur avec deux déchirures.

- éponge parallèle et cryocoagulations
bon résultat immédiat avec : 1/10 et P6
- 11ème jour : nouvelle déchirure à la limite de l'indentation : éponge circulaire + cryocoagulations
bon résultat avec : 1/10.

- mais au 8ème mois : le décollement inférieur se reproduit sans déchirure visible :

- nouvelle éponge parallèle, inférieure, plus postérieure.

Echec :

- tension oculaire instable
- décollement inférieur fixé
- VOG : 1/50 (cataracte).

Observation n° 45

M. M... 35 ans

décollement de rétine chez un grand-myope (-20) avec 5 grosses déchirures disséminées et de nombreuses zones palissadiques.

- éponge très étendue (presque le pourtour) et cryocoagulations.

- décollement résiduel postérieur
- bonne localisation de la projection lumineuse.

Observation nº 46.

Mr G... Daniel, 14 ans.

Décollement datant d'un mois au moins chez un myope fort porteur d'un nystagmus (VOD : 0,1 - VOG : 0,02). C'est un décollement total du bon oeil avec de multiples déchirures disséminées.

- éponge parallèle sur 3 quadrants et cryocoagulations échec.

Observation nº 47.

Mme L... 58 ans.

Décollement de rétine post-aphaquie.

- sanglage du globe : sans succès
- puis éponge supérieure : sans amélioration.

Observation nº 48.

Mr. B... André 57 ans.

Décollement de rétine de l'oeil droit déjà opéré, datant de plus d'un mois : décollement total avec déchirures multiples.

- éponge et cryocoagulations (2 interventions) : sans plus de succès.

Observations nº 49.

Mme L... Louise, 50 ans.

Décollement de rétine supérieure récent compliqué d'une contusion forte par branche de lunettes à l'arrivée à l'hôpital, entrainant une subluxation supérieure du cristallin.

- éponge parallèle et cryocoagulations : décollement inférieur résidual.

- 2 autres interventions de même type (40e jour et 60e jour) : sans effet, le décollement inférieur persiste, fixé.

Observation nº 50.

Mme M... Marcelline, 78 ans.

Antécédents de décollement de l'oeil gauche en 1958 non opéré.

Décollement total de l'oeil droit avec une grosse déchirure :
- résection sclérale lamellaire : échec.
- éponge parallèle : échec.

Observation nº 51.

Mr C... Henri, 67 ans.

Décollement de l'oeil gauche, opéré 6 mois auparavant (résection sclérale lamellaire) : récidive au bout de 1 mois.

Quinze-Vingts au 6e mois : décollement total, déchirure temporale supérieure :
- éponge parallèle et cryocoagulations : décollement inférieur résiduel.

Finalement ce malade a été revu récemment et la rétine se réapplique mais la fonction visuelle est très compromise.

RESUME

Cette étude compare la méthode de H.A. LINCOFF pour traiter les décollements de rétine, avec celle qui utilisait la sclère conservée enfouie dans une résection sclérale.

Après le rappel des modalités techniques et la comparaison des décollements étudiés selon des critères définis, dans un lot de malades comparables, nous rapportons nos résultats.

Ceux-ci sont favorables à la technique préconisée par LINCOFF, qui diminue la difficulté opératoire tout en améliorant nettement le résultat fonctionnel puisque 66 % des sujets récupèrent une vision éloignée égale ou supérieure à 1/10 au lieu de 47 % précédemment.

D'ailleurs, ces chiffres ne semblent jamais avoir été obtenus par d'autres techniques, comme en témoignent les résultats d'autres enquêtes réalisées au Centre National d'Ophtalmologie des Quinze-Vingts.

Le recul post-opératoire moindre n'est pas un obstacle à la comparaison puisqu'il est au minimum de 3 mois et que la plus grande partie des rechutes se produit au cours du premier trimestre, quelle que soit la méthode employée.

L'ensemble des résultats et des modalités techniques est en faveur de cette méthode.

B I B L I O G R A P H I E

ALGAN B., VITTE G., DEOM R.
La cryopexie rétinienne. Réflexions à propos de nos premières applications.
Bull. Soc. Ophtal., Fr., 67, 7-8, 559-566, 1967.

AMOILS S.P., HAINING W.M.
Evolution of the cryogenic chorio-retinal lesion.
Arch. Ophthal. 81, nº1, 11-12, 1969.

BRUNELLE J.Cl. et GUILLAUMAT L.
Résultats fonctionnels des décollements de rétine.
Entretiens d'ophtalmologie, 1970.

CHARAMIS J., THEODOSSIADIS G.
La cryocoagulation dans le traitement du décollement de la rétine.
Arch. Ophtal., Paris, 29, 4, 265-268, 1969.

CIBIS P.A.
Discussion to Lincoff's paper on cryogenic therapy.
Colloque Villars sur Ollon, 1965, Mod. Probl. Ophtal. Basel 5, 376-380, 1967;

ICHIHASHI K., TAKEYASU K., BESSYO T.
Silicone sponge cylinder in retinal detachment surgery .
Folia ophtal. Jap. 18, 6, 655-658, 1967.

LINCOFF H.A., MAC LEAN J/M., NANO H.
Cryosurgical treatment of retinal detachment.
Trans. Amer. Acad. Ophtal. Otolaryng., 68, 412-432, 1964.

LINCOFF H.A., MACLEAN J.M.
The treatment of retinal detachment by cryosurgery.
Villars sur Ollon. ARch. Ophtal. Paris, 25, 7, 639, 1965.

LINCOFF H.A., BARAS I., MAC LEAN J.M.
Modifications to the custodis procedure for retinal detachment.
Arch. Ophtal. Chicago, 73, 160-163, 1965.

LINCOFF H.A., MAC LEAN J/M.
Cryosurgery in treating retinal detachment and other eve discorders.
Brit.J.Ophtal., 49,7, 337-346, 1965.

LINCOFF H.A., MAC LEAN J.M.
Cryosurgical treatment of retinal detachment part II.
Amer.Acad.Ophtal.Otolaryng. Chicago november 14-19, 1965.
Trans. Amer.Acad.Ophtal.Otolaryng. 70, 202-211, 1966.

LINCOFF H.A.
The use of cryosurgery in the treatment of retinal detachment ; Colloque Villars sur Ollon, janvier 1965.
Mod. Probl.Ophtal. Basel, 5, 423, 1967 (films).

LINCOFF H.A., STODDARD LONG R.
The histology of the cryosurgical lesion.
In Kelman C.D.Cryosurgery Int.Ophtal.Clin. 7,2,405-419, 1967.

LINCOFF H.A., MAC LEAN J.M.
Modifications to the custodis procedure II : a new silicone implant for large tears.
Amer. J. Ophtal., 64, 5, 877-899, 1967.

LINCOFF H.A.
Cryosurgery in réoperations.
In mac PHERSON A. "Retinal detachment". Hoeber med. Div. Harper and Row Pub. New-York, 202-204, 1968.

LINCOFF H.A.
Full thickness scleral buckling with silicone-sponge implant (In mac Pherson A. "retinal detachment". Hoeber mod. Div. Harper and Row Publ. New-York, 293-296, 1968.

LINCOFF H/A.
The mecanism of the cryosurgical adhesion.
Trans. Ophtal. Soc. U.K., 88, 99-112, 1968.

LINCOFF H.A., BOYD B.F.
Present trends in retinal detachment surgery. The effectiveness of cryosurgery in retinal detachment. The advantages and disadvantages of the Custodis-Lincoff procedures.
Highlights Ophtal., 12, 2, 117-119, 1969.

MASSIN M., DUBOIS-POULSEN A., BLANCHARD J.P.
4 ans d'expérience de la sclère conservée dans le traitement du décollement de rétine.
Probl. Act. Ophtal., 7, 1968.

MOORMAN L.T.
Cryogenic surgery of the retina.
Palm Springs 3-6, 1967.
Trans. Pacif. Cst Oto-ophtal. Soc., 48, 155-165, 1967.

MOREAU P.G., HAUT J.
Cryo-ophtalmologie
Rapport S.F.O., 1971.

NANO H.D., VICTORICA L., LINCOFF H.A.
Crio cirugia del des preudimiento de retina
Arch. Ofta. B. Aires, 43, 5, 110-117, 1968.

ROUCHY J.P.
Compte-rendu d'un voyage aux Etats-Unis.
Bull. Soc. Ophtal. Fr., 68, 12, 973-1006, 1968.

ROUCHY J.P.
Traitement chirurgical du décollement de la rétine par l'éponge de LINCOFF. Premiers résultats.
Bull. Soc. Ophtal., 69, 5-6, 523-531, 1969.

ROUCHY J.P.
La technique de Harvey LINCOFF dans le traitement du décollement de la rétine.
Clin. Ophtal., 3, 47-56, 1969.

SCHEPENS C., BOYD B.F.
Present trends in retinal detachment surgery. Cryo-surgery Vs diathermy, photocoagulation. Lamellar undermining with scleral buckling vs episcleral implants (Custodis-Lincoff) ; prophylactic therapy.
Highlights Ophtal., 12, 2, 87-116, 1969.

SCHEA M.
Cryotherapy in retinal detachment surgery.
In Kelman C.D. "Cryosurgery". Int Ophtal. Clin.
7,2, 429-443, 1967.

TOPALIS C.

L'emploi de l'éponge de silicone dans le traitement des décollements rétiniens à déchirures situées derrière l'équateur du globe.

Ann. Inst. Barraquer, 9, 3-4, 669-675, 1969.

URRETS-ZAVALTA A.

Le décollement de la rétine. Ve partie.

Masson et Cie Edit., Paris, 333-432, 1968.

SERMENT

-:-

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

-:-